



Société Française de Podologie

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### Coordonnées :

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Email : .....

Membre SOFPOD 2016 :

Oui

Non

### Profession :

Pédicure-Podologue

Etudiant \*

Médecin

Chirurgien

Masseur Kinésithérapeute

Ostéopathe

Autre : .....

Retraité

### Adhésion simple à la SOFPOD 2017 :

Professionnel (30 €)

Etudiant\* / retraité (15 €)

Veuillez établir votre règlement par chèque à l'ordre de SOFPOD, 40 rue du Bac - 94480 Ablon sur Seine.

*\* Les étudiants doivent joindre un certificat de scolarité*

A : .....

Le : .....

Signature :